FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Mars 1906, à 1 heure

PAR

Olivier SAGORY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Adénômes Sébacés Symétriques

DE LA FACE

Président : M. JOFFROY, *professeur*

Juges { MM. DEBOVE, *professeur*
HUTINEL, *professeur*
ACHARD, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° — 207

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Mars 1906, à 1 heure

PAR

Olivier SAGORY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Adénômes Sébacés Symétriques

DE LA FACE

Président : M. JOFFROY, *professeur*

Juges : MM. DEBOVE, *professeur*
HUTINEL, *professeur*
ACHARD, *agrégé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ.
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de Clinique des Maladies mentales
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Des Adénomes Sébacés Symétriques de la Face

INTRODUCTION

Les adénomes sébacés symétriques de la face sont une affection extrêmement rare. Depuis 1885, époque à laquelle Balzer et Ménétrier en fixèrent les formes cliniques et la structure, les observations publiées de ces tumeurs ont été fort peu nombreuses tant en France qu'à l'étranger.

Ce fut donc pour nous une vraie bonne fortune que de pouvoir observer, pendant quelques semaines passées à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Balzer, plusieurs cas de cette affection peu commune.

Il nous a semblé intéressant de publier ces observations et d'étudier en notre thèse les aspects macroscopiques et microscopiques et quelque peu aussi l'étiologie de ces tumeurs.

Nous avons été guidé dans notre travail par les

conseils de M. le Dr Balzer que nous sommes heureux de remercier ici de son accueil si bienveillant, et par M. le Dr Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, dont l'infatigable obligeance nous a été d'un précieux secours dans nos recherches histologiques ; qu'il veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

Nous adressons aussi un souvenir respectueux à nos maîtres de l'Ecole et de l'Hôtel-Dieu de Rennes : ce sont eux qui ont formé notre esprit scientifique, et ce sont leurs leçons et leurs exemples qui nous ont conduit jusqu'au seuil de la pratique médicale.

M. le Dr Bertheux à l'expérience avisée et toujours en éveil, M. le Dr Follet aux leçons si personnelles et passionnantes, nous ont initié avec une sollicitude attentive aux difficiles problèmes de la clinique interne.

M. le Dr Dayot, professeur de Clinique chirurgicale, nous a été un constant modèle de science et de conscience professionnelles.

Nous devons nos connaissances obstétricales à l'excellent enseignement, si plein de méthode, de MM. les Drs Perret et Véron.

Nous adressons un hommage tout spécial à M. le Dr E. Bodin, car cette thèse est, dans une large mesure, l'effet de son enseignement dermatologique.

Que MM. les Drs Perrin de la Touche, Lhuissier, Lautier, Castex, Millardet, Dide, Assicot et Hardoüin veuillent bien agréer notre hommage reconnaissant.

Nous exprimons aussi toute notre respectueuse

gratitude à M. le professeur Joffroy qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Dans son *Traité des tumeurs* (1866), Broca décrivait sous le nom de polyadénomes circonscrits des « tumeurs constituées principalement par l'hypertrophie simultanée d'un grand nombre de petites glandes de même nature, très rapprochées les unes des autres ». Un peu plus loin, il ajoute :

« Les polyadénomes circonscrits de la peau sont très communs au visage, notamment sur le nez, sur la paupière inférieure et sur les joues. Ils forment la plupart de ces petites tumeurs ovoïdes, grosses comme des pois ou des grains de riz et implantées par un pédicule, qui ont été désignées sous le nom de « verrues charnues » ou celui de « tétines de rat ». D'autres fois, ils prennent seulement une saillie hémisphérique à la surface de laquelle on aperçoit, sous forme de petits points, un certain nombre d'orifices. Ces polyadénomes pédiculés ou non pédiculés ne pénètrent pas au delà de l'épaisseur de la peau ; ceux qui sont de nature sébacée surtout, sont très superficiels car ils n'occupent que la couche superficielle du derme. Ces tumeurs peuvent acquérir le volume d'une noisette ou même d'une petite noix. Elles sont recouvertes d'une couche cutanée très

mince qui ne paraît pas sensiblement malade ; elles sont assez molles ; j'ai cru remarquer que celles qui sont sébacées sont plus molles que les sudoripares ; elles ont en même temps une structure plus granuleuse plus lâche, plus lacuneuse. Toutefois, l'examen à l'œil nu ne permet pas toujours de distinguer ces deux espèces de polyadénomes l'une de l'autre. Les polyadénomes circonscrits sont très souvent multiples... Ce sont surtout les polyadénomes sébacés qui ont de la tendance à être multiples. »

Comme le fait remarquer Balzer, cette description générale embrasse des cas bien divers.

Et c'est seulement en 1885 que Balzer et Ménétrier isolèrent de tout ce groupe de malformations cutanées les tumeurs qui font l'objet de notre étude et auxquelles ils donnèrent le nom, que tous les auteurs ont adopté, d' « Adénomes Sébacés ».

En 1886, Balzer et Grandhomme en publièrent un second cas. Le musée de l'hôpital Saint-Louis possède les moulages de trois cas observés en 1886 et 1887.

La sixième observation est due à Pringle en 1890 ; la septième à Caspary en 1891, la huitième à Jameson en 1893.

Taylor, Barendt et M'Call Auderson en étudièrent quelques cas. Et Crocker en signale onze dans ses *Diseases of the Skin*.

En 1895, dans *Deutsch Archiv. f. Klin. Medicin.*, Barlow publia une remarquable étude des cas antérieurement cités : analysant toutes les observations

publiées, Barlow groupa les tumeurs décrites de la manière suivante :

a) L'adénome sébacé du type Balzer ;

b) Les autres tumeurs désignées sous le nom d'adénomes des glandes sébacées. Pour lui, les deux cas publiés par Balzer sont seuls typiques.

Assez éloignées elles aussi du type Balzer, sont les tumeurs signalées en 1900 par Pezzoli dans *Archiv. f. Dermatol. und. Syph.*, par Piccardi dans *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, en 1901 par Pick dans *Arch. f. Dermatol. und. Syph.*

Mendès da Costa publie à cette époque dans *Vereeniging von Nederlansche Dermatologen* un cas d'adénome sébacé qui rentre dans le type décrit par Balzer, tant par la structure des tumeurs que par l'état intellectuel normal du porteur. En 1901 également, Gaucher et Lacapère signalent un cas d'adénomes sébacés à la région temporale.

En 1904, Pelagatti publia dans le *Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle* une très remarquable observation d'adénomes sébacés, coïncidant avec des dégénérescences scléreuses de divers organes. Depuis, la littérature médicale ne fait mention d'aucun cas de cette affection. Mais en recherchant les cas publiés des affections analogues ou tout au moins d'aspect clinique et de localisation identiques il nous a semblé qu'il existe des cas intermédiaires entre les adénomes sébacés proprement dits et toute une série de néoplasies glandulaires qui constituent

des faits de passage entre les adénomes et les hydradénomes. C'est d'ailleurs cette interprétation qui semble naître d'un cas que nous avons pu observer dans le service du Dr Balzer, cas que nous exposons ci-après.

OBSERVATION I et BIOPSIE (personnelle).

Mme Mathilde N..., 36 ans.

Ayant amené son jeune enfant à la consultation de M. le Dr Balzer le 23 mai 1905, cette femme frappa notre attention par l'existence de petites tumeurs réparties sur la face, et dont elle ne se plaignait en aucune façon.

A l'examen, nous remarquons que ces tumeurs sont situées en abondance aux régions sous-oculaires droite et gauche, débordant à droite et à gauche l'angle interne de l'œil et descendant symétriquement dans les sillons naso-géniens.

Les ailes du nez semblent un peu volumineuses et vascularisées, ce que le sujet attribue à un coryza persistant depuis plusieurs semaines.

La lèvre supérieure a un aspect chagriné et légèrement rugueux ; vue à la loupe, elle est parsemée de petites tumeurs à peine saillantes.

Ces tumeurs deviennent plus facilement appréciables au menton, aux régions périmentonnières et sous-mentonnières. Le cuir chevelu et le reste du corps ne présentent rien de particulier.

Toutes ces tumeurs, dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis, n'ont pas une

coloration différente de celle de la peau avoisinante, c'est à peine si quelques-unes semblent plus jaunes. Leur forme varie : les unes sont aplaties, les autres légèrement acuminées ; les unes sessiles, les autres à très court pédicule. Quelques-unes, notamment à gauche, sont surmontées d'un petit point blanc semblable à du milium sébacé. Elles sont toutes disposées avec une symétrie remarquable.

Interrogée, Mme N... fait remonter à l'âge de seize ans le début de ces tumeurs qui se montrèrent d'abord aux régions sous-oculaires. Depuis ce temps, leur évolution a été absolument insidieuse, indolore en tous temps, et si à ce moment leur progrès en nombre est probable, il est certain d'autre part que les plus anciennes n'ont aucune tendance à augmenter de volume.

Mme N... se porte bien et n'a jamais été sérieusement malade ; elle a marché à treize mois ; son développement physique est bon et son développement intellectuel est certainement au-dessus de la normale ; aucune tare nerveuse dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

OBSERVATION II (personnelle).

Le 6 juin, Mme N... nous présente son enfant. C'est un garçon de treize ans très bien portant, fréquentant assidûment l'école où il fait preuve d'une intelligence très éveillée.

La peau de son front et de ses joues nous semble légèrement rugueuse au toucher et à la loupe, nous y discernons nettement de toutes petites élévations incolores, indolentes, symétriques, qui semblent bien être des adénomes sébacés en voie d'évolution.

Le même jour nous enlevons à la curette une des tumeurs situées chez Mme N..., en dehors de l'angle externe de l'œil droit et, avec l'aide de M. le Dr Gastou, nous procédons à son examen microscopique.

Examen histologique. — La tumeur, prise à la région temporale droite, fixée selon la technique habituelle (sublimé acétique) incluse dans la paraffine, colorée au picrocarmin, bleu de méthylène, hématoxyline, etc., est ainsi constituée :

A un faible grossissement, l'épiderme paraît peu modifié dans ses parties superficielles. Les papilles dermiques et les prolongements épidermiques interpapillaires sont effacés. Les parties sous-jacentes à l'épiderme offrent deux aspects différents : 1° immédiatement sous l'épiderme, le tissu est d'apparence claire avec des vaisseaux et une série d'éléments cylindriques, à cavité centrale tapissée d'une sorte d'endothélium auquel adhère une masse sphérique colorée en jaune par le picrocarmin. Ces éléments cylindriques sont au nombre d'une dizaine dont trois surtout très manifestes.

2° Sous cette première bande de tissu et l'entourant, il existe une véritable masse occupant les deux tiers de la préparation.

Cette masse est constituée par un tissu fibreux au milieu duquel se remarquent de nombreuses cavités analogues à celles de la couche superficielle enveloppante, cavités complètement resserrées en quelque sorte par le tissu qui les entoure, mais rappelant en tous points les cavités cylindriques déjà décrites. Dans la plupart des coupes, l'aspect est identique ; dans une seule nous avons pu voir une glande sébacée d'aspect à peu près normal.

A un fort grossissement : l'épiderme n'offre pas d'altérations

manifestes ; la couche papillaire est constituée par du tissu réticulé légèrement épaissi. Il existe quelques vaisseaux remplis de globules rouges. Les cavités cylindriques mentionnées plus haut rappellent par leur structure l'hydradénome : on y trouve le même aspect de l'endothélium avec cette différence qu'il n'y a pas dans ce cas les cordages cellulaires qui caractérisent l'épithéliome bénin, c'est-à-dire l'hydradénome.

En résumé, il semble qu'il y ait dans ces coupes l'aspect histologique d'un hydradénome typique à côté d'une véritable adénofibromatose. Cet aspect, dans son ensemble, se rapproche de certaines altérations næviques.

Dans sa remarquable étude histologique que nous reproduisons plus loin, Balzer avait décrit des aspects analogues dénotant des altérations, variables en intensité, de la peau et de ses appareils pileux, sudoripares et sébacés.

OBSERVATION III (personnelle).

Mme C..., 39 ans.

Vient à la consultation le 25 mai 1905 pour alopécie et céphalées.

Elle présente aux deux régions sous-palpébrales des saillies les unes plates, les autres légèrement acuminées, dont la plus grosse ne dépasse pas le volume d'un grain de riz.

Aucune de ces tumeurs n'est vascularisée.

Leur existence remonte d'après la malade, à cinq ou six années.

Elles sont absolument indolentes, et ne lui semblent pas en voie d'accroissement.

Rien d'anormal dans les sillons nasogéniens, sur les joues et les replis mentonniers.

Sur la nuque et à la région interscapulaire quelques cicatrices d'acné et un molluscum.

De l'une des tumeurs, ponctionnée avec une aiguille, nous avons exprimé une matière ressemblant à du sébum épaissi.

Mme C... ne présente aucune tare nerveuse, son intelligence est certainement développée d'une façon normale.

OBSERVATION IV (personnelle).

Ch... 21 ans, caporal au 76e d'infanterie.

Se présente à la consultation de M. le Dr Balzer.

C'est un grand et vigoureux garçon aux cheveux blonds très clairsemés avec une touffe blanche à la région temporale droite. Ses réponses à nos questions dénotent un niveau intellectuel au moins normal.

Au cours d'un examen général de Ch... nous remarquons fortuitement, car lui-même ne s'en plaint pas, une série de petites saillies symétriquement disposées sur les ailes du nez et les régions naso-géniennes droite et gauche. Ces saillies sont de volume et d'aspect variables : les plus grosses ne dépassent pas le volume d'un grain de chènevis dont elles ont l'aspect et les plus petites, qui occupent spécialement la région génienne, ne sont bien visibles qu'au jour frisant. La plus grande partie de celles qui se trouvent sur les ailes du nez sont vas-

cularisées et, d'après le sujet, donnent au grattage un mélange de sang et de sérosité épaisse.

Au toucher ces tumeurs sont absolument indolentes et ont une consistance dure et résistante.

Quelques-unes sont pédiculées : ce sont les moins nombreuses.

Ephélides au voisinage de l'angle interne de l'œil.

Les autres régions de la face et le cuir chevelu n'offrent rien de particulier.

A la nuque, véritable cravate de molluscums dont le plus gros a le volume d'un pois.

A la partie supérieure de la région dorsale pigmentations diverses, varicosités, cicatrices d'acné, molluscums à peine saillants.

Interrogé sur l'époque de l'apparition des tumeurs sur les ailes du nez et les régions naso-géniennes, Ch... nous dit qu'il croit bien les avoir toujours eues. Il n'a du moins jamais remarqué qu'elles eussent tendance soit à diminuer, soit à s'accroître.

OBSERVATION V (Personnelle.)

Marie D..., 28 ans.

Vient à la consultation du Dr Balzer, le 19 janvier 1906.

Les régions sous-oculaires droite et gauche, les deux paupières inférieures sont parsemées de petites tumeurs jaune pâle soit isolées et grosses comme un grain de mil, soit groupées en amas de la grosseur d'une lentille quoique conservant leur indépendance. Ces tumeurs sont dures et indolentes. Elles ont

toujours existé, mais ont augmenté sensiblement vers l'âge de seize ans. Depuis plusieurs années, elles sont stationnaires.

Pas d'antécédents nerveux nets.

Niveau intellectuel moyen.

Étude clinique des Adénomes sébacés symétriques de la Face.

Les observations que nous publions dans notre travail, celles de Balzer et Ménétrier, de Pringle, de Pelagetti, et nos observations personnelles, font entrevoir que toutes les malformations cutanées décrites sous le nom d'adénomes sébacés de la face ne peuvent pas être ramenées au même type macroscopique, et lorsque nous aurons étudié les variétés histologiques de ces adénomes, nous pourrons affirmer que, toutes réserves faites sur l'étiologie de ces malformations, elles ne doivent pas être confondues sous une même appellation. C'était l'opinion de Barlow.

Nous irons plus loin que lui et, nous basant sur les particularités macroscopiques et microscopiques, sur les différences essentielles d'aspect et de structure, nous nous demanderons si l'appellation d'adénomes sébacés symétriques de la face ne conviendrait pas exclusivement aux tumeurs du type Balzer.

Tout d'abord, abordons la description générale.

Ce sont de petites tumeurs plus ou moins saillantes à la surface des téguments, les plus grosses ne dépassent pas le volume d'un grain de riz ; elles

sont ordinairement plus petites encore et l'on peut observer une grande diversité de volume entre cette limite supérieure et leur aspect minimum : petites saillies à peine grosses comme la tête d'une épingle et visibles seulement au jour frisant.

Elles sont sessiles ou plus ou moins pédiculisées, arrondies, ou parfois légèrement acuminées (cette dernière forme étant souvent due à un kyste superposé, analogue à un point de milium sébacé). Elles forment assez souvent des amas serrés, qu'il est cependant facile, par un léger étirement de la peau, de décomposer en leurs éléments constitutifs.

Elles siègent dans des régions bien déterminées et, comme il est facile de le comprendre, dans les régions où les glandes sébacées sont les plus développées : régions sous-oculaires, sillons naso-géniens, ailes et racines du nez, partie antérieure des joues, parties périoculaires et prétemporales du front, régions périlabiales et mentonnières. On rencontre parfois, mais beaucoup plus rarement, quelques éléments au pourtour du conduit auditif ; plus rarement encore au cuir chevelu et sur le cou.

Mais l'un des caractères essentiels de l'affection, celui qui soulève le plus d'incertitudes dans son interprétation, c'est sa rigoureuse symétrie : dans un seul cas seulement on l'a signalée unilatérale. Cette symétrie s'étend souvent aux détails infimes : le sujet dont nous reproduisons la photographie en est une preuve convaincante.

Ces petites tumeurs sont ou dures ou légèrement

molles, absolument indolentes, aussi bien spontanément qu'à la pression. Les sujets qui en sont porteurs ne s'en plaignent pas et l'affection est d'ordinaire découverte fortuitement, au cours d'un examen nécessité par une autre maladie. Elles se rencontrent le plus souvent sur les femmes : peut-être y sont-elles plus fréquemment observées, suivant la judicieuse remarque de Pringle, parce que la femme, plus coquette que l'homme, s'inquiète plus que lui de ce qui touche à la beauté de son visage !

La coloration des adénomes sébacés symétriques de la face est variable ; et à cette diversité de coloration correspondent des différences de structure telles que l'on peut, d'après elle, subdiviser ces tumeurs en deux types :

a) Le type Balzer,

b) Le type Pringle.

a) Les tumeurs du type Balzer n'ont pas une coloration différente de celle de la peau voisine ; si elles semblent parfois plus foncées, l'illusion disparaît en faisant varier l'éclairage ; leur partie supérieure est assez fréquemment acuminée du fait d'un petit kyste très blanc et parfois transparent, tout à fait semblable à du milium. Très rarement elles présentent quelques arborisations veineuses qui sont manifestement indépendantes de la tumeur elle-même.

Cette forme est de beaucoup la plus rare : Selon la remarque de Barlow, de toutes les observations publiées de 1885 à 1895, seules celles de Balzer et

Ménétrier, de Balzer et Grandhomme en donnaient une description certaine.

Les observations de Mendès da Costa en 1901, de Pelagatti en 1904, semblent avoir décrit des cas bien nets de ce type très spécial par son aspect de structure et aussi par ce fait sur lequel nous reviendrons, que les sujets porteurs d'adénomes du type Balzer ne sont que rarement signalés comme dépourvus d'intelligence et victimes de tares nerveuses héréditaires : fait extrêmement fréquent dans les observations du type Pringle.

b) Dans le type Pringle, les tumeurs tranchent nettement par leur coloration sur les téguments voisins : cette coloration n'est pas toujours la même ; elle varie du rose jaunâtre au rouge jaunâtre et au rouge cramoisi. Et les arborisations vasculaires superficielles ne sont pas seules à causer ces colorations : elles tiennent à la structure intime de la tumeur, ainsi que nous le verrons plus loin. Les tumeurs de ce type sont aussi de consistance plus molle et les plus petites sont presque réductibles par la pression.

Il ne semble pas que les divergences soient aussi accentuées entre les deux types, en ce qui touche leur évolution.

D'après tous les auteurs, les unes et les autres sont congénitales. Mais de ce terme il ne faut pas conclure qu'elles soient toujours observées, à l'état où nous les décrivons, chez le nouveau-né, ni même durant les premières années de la vie. Quelques

sujets sans doute disent ne pas se souvenir de l'époque où elles sont apparues et concluent qu'ils en ont toujours été porteurs. Mais dans la grande majorité des cas, les malformations sont devenues nettement perceptibles (et ceci peut n'être qu'une coïncidence), au moment de la puberté. Il est possible qu'un examen attentif, fait par un observateur averti, les eût décelées plus tôt : c'est en effet le cas relaté dans notre observation II. Mais ce fait unique ne saurait être un prétexte à une règle générale, pas plus qu'il ne saurait à lui seul justifier l'affirmation du caractère héréditaire de l'affection.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs ont une évolution indolente, insidieuse, progressive. Leur progression n'est ni globale ni indéfinie : les unes restent pendant des années fort petites, les autres atteignent rapidement le volume d'un grain de riz, qu'elles ne dépassent pas. Cette évolution peut cliniquement les faire classer parmi les tumeurs bénignes : jamais elles n'ont subi une transformation maligne et le cas cité par Hallopeau ne nous semble pas probant pour cette raison primordiale que la tumeur qu'il signale comme point de départ d'un processus malin n'a aucunement les caractères d'un adénome sébacé. D'autre part, l'observation fût-elle rigoureusement exacte, elle serait la seule, alors que les cas sont nombreux de tumeurs malignes se développant sur des tissus quelconques, voire même des tissus cicatriciels.

Toutefois, cette évolution maligne n'a, en soi et

théoriquement, rien d'impossible. Qu'est-ce, en effet, qu'une tumeur ? C'est, disent les auteurs, une masse de tissu néoformé ayant tendance à persévérer et à s'accroître, indépendamment de tout processus inflammatoire. Et nous saisissons avec plaisir l'occasion de citer ici la classification si logique et lumineuse de notre maître E. Bodin, de Rennes :

Tumeurs épithéliales du *type de revêtement.*	Tumeurs épithéliales du *type glandulaire.*
1° Euthéliomes { Papillomes, Verrues	Adénomes.

Ces tumeurs sont constituées par une simple *hypertrophie* des éléments constitutifs de l'organe malade.

2° Epithéliomes { E. pavimenteux, 1° tubulé, 2° cylindrique.	Epithéliomes.

A l'hypertrophie s'ajoute ici l'*hétérotopie*, c'est-à-dire le franchissement des limites histologiques normales de l'organe.

3° Carcinomes	Carcinomes	Carcinomes

A l'hypertrophie, à l'hétérotopie, se joint ici la *métatypie*, caractérisée par la présence dans les organes envahis d'éléments différents par leur constitution histologique des éléments primitifs.

D'après cette classification, les tumeurs à leurs différents degrés de malignité sont les diverses étapes d'un même processus.

Nous n'entreprendrons pas de rechercher la cause première de ce processus : le problème est infiniment complexe, encore très discuté, et n'entre pas dans le plan de notre travail. Du moins pouvons-nous dire que si les adénomes sébacés symétriques de la face n'ont été jusqu'à présent observés qu'à l'état d'adénomes, c'est-à-dire de tumeurs essentiellement bénignes, histologiquement ils sont le premier stade des tumeurs malignes : épithéliomes et carcinomes.

Rien ne s'oppose à ce qu'ils en soient le premier stade clinique.

L'évolution maligne bien connue des adénomes du sein corrobore cette affirmation.

D'autres malformations cutanées coïncident très fréquemment avec les adénomes sébacés symétriques de la face : comédons, nævis, éphélides, molluscums, acné, séborrhée.

Les sujets porteurs d'adénomes sont, dans les observations de Pringle, du Pelagatti, et de la plupart des auteurs signalés comme *minus habentes*, épileptiques, idiots, et frappés de tares nerveuses diverses.

Mais les observations de Balzer et Ménétrier, Balzer Grandhomme, Mendès da Costa, et nos observations personnelles affirment l'intégrité mentale et le développement intellectuel très normal des sujets. Cette constatation augmente beaucoup l'obscurité qui plane sur l'étiologie des adénomes sébacés symétriques de la face.

Étude histologique des Adénomes sébacés symétriques de la Face.

L'étude clinique nous a fait voir dans les adénomes sébacés des types assez distincts ; l'examen histologique confirme cette division.

Histologiquement, les tumeurs du type Balzer sont ainsi constituées : sous un épiderme normal ou distendu, on voit des masses néoplasiques à type épithélial dont la division en lobules rappelle la forme lobulaire des glandes sébacées. Ces lobules sont eux-mêmes parsemés de cavités, comprises dans les mailles serrées d'un réseau de tubes pleins anastomosés et ramifiés. Ces ramifications donnent aux coupes un aspect si spécial que Balzer aurait nommé ces tumeurs des épithéliomes réticulés, si leurs limites fibreuses n'avaient été si nettes et si elles avaient eu tendance à l'envahissement des tissus limitrophes. La qualification d'adénomes lui parut meilleure étant donné leur point de départ manifeste dans l'appareil pilo-sébacé et aussi leur caractère de bénignité.

Toute différente est la constitution habituelle des tumeurs du type Pringle. Ici l'épiderme est extrêmement irrégulier ; ses couches profondes sont hypertrophiées, ainsi que le corps papillaire ; les vaisseaux des papilles et ceux du plexus sous-papillaires sont le siège d'énormes dilatations ; les éléments glandulaires sont plus nombreux, plus complexes. Il n'y a

aucun semblant de processus inflammatoire et une sorte de coque fibreuse limite le tout.

Nous reproduisons *in extenso* à la fin de notre travail les études histologiques très complètes de Balzer, Pringle et Pelagatti. D'autre part dans notre observation I nous entrons nous-même dans quelques détails micrographiques : il nous semble donc inutile d'insister davantage sur ce point.

Rapports des Adénomes sébacés symétriques de la Face avec les autres Affections næviques, et en particulier avec les Hydradénomes éruptifs. — Diagnostic.

Dans quel cadre nosologique doit-on placer les adénomes sébacés symétriques de la face ? Une étude, très rapide, des nævi nous permettra de répondre à cette question.

D'après leur plus ancienne définition, le nom de nævi s'appliquait à des taches pigmentaires développées dans la vie intra-utérine ou dans les premiers mois qui suivent la naissance. Mais Rayer, ayant élargi la compréhension de ce terme, l'appliqua à toutes les altérations congénitales de la couleur ou de la texture de la peau, altérations ordinairement permanentes et limitées à une région du corps. Certes, beaucoup d'affections différentes sont comprises dans ce cadre : leur lien est un caractère commun de congénitalité. Mais suivant les remarques

de Besnier et Doyon, d'Hallopeau, tous les nævi ne sont pas nécessairement constatables au moment de la naissance. Aussi Brocq en a-t-il donné une définition plus générale et embrassant tous les cas en appliquant le nom de nævi à « toutes les difformités cutanées circonscrites ».

Les nævi ont été, dès le début, classés suivant leur nature anatomique. Mais, comme le fait remarquer Rist, les cadres de cette classification ont été remaniés à plusieurs reprises, tant par suite des progrès de l'histologie pathologique qu'à cause de l'admission dans la famille naturelle des nævi d'un certain nombre d'affections décrites, dont la structure anatomique était fort différente de celle des anciens nævi pigmentaires, mais que leur origine et leur nature devaient faire rattacher forcément aux difformités cutanées circonscrites. Ainsi le groupe des nævi pigmentaires a dû être dissocié depuis que l'on a reconnu que la pigmentation constituait un caractère contingent et, en tous cas, peu important des nævi verruqueux et molluscoïdes qui s'y trouvaient englobés. A côté des angiomes cutanés sanguins sont venus se ranger certains lymphangiomes.

Et enfin il a fallu faire place parmi les nævi à quelques affections rares comme les nævi adénomateux sébacés et les cystadénomes épithéliaux bénins ou hydradénomes éruptifs.

Cette opinion de Rist est absolument justifiée tant par l'étude clinique que par l'examen histologi-

que des adénomes sébacés. Les adénomes sébacés sont des nævi.

Mais comment les différencier des hydradénomes éruptifs qui sont leurs voisins immédiats dans la classification des nævi ?

Nous empruntons à l'intéressante thèse de Bernard (Paris, 1897, Jouve) cette description de l'hydradénome :

« L'affection est caractérisée par de petites « tumeurs dont le volume varie depuis une tête « d'épingle à celui d'un pois : les unes faisant à « peine saillie au-dessus de l'épiderme, les autres « atteignent une hauteur de 1 millimètre à 1 milli- « mètre 1/2. Leur couleur est un peu variable : « tantôt elles présentent la coloration normale de la « peau ou sont un peu plus foncées, comme si un « corps microscopique de teinte neutre était enchâssé « sous l'épiderme à leur surface, nous avons signalé « de petits éléments arrondis plus saillants... En « grossissant, les néoplasies prennent parfois une « apparence luisante et translucide qui peut faire « croire à la présence de liquide... Elles sont fermes « sans être dures, et en les prenant entre les doigts « on sent qu'elles siègent dans la peau elle-même et « se déplacent avec elle...

« La lésion peut occuper un siège extrêmement « variable ; elle peut s'observer sur presque tout le « corps ; une part importante doit être faite au « visage qui peut être seul ou plus gravement atteint. « L'âge auquel se produit l'éruption est fixé par

« les diverses observations entre quatorze et vingt « ans...

« La marche de l'affection est toujours très lente ; « elle est d'ailleurs irrégulière et peut, après une « durée de plusieurs années, présenter une subite « aggravation : pourtant jamais les tumeurs n'atteignent un volume plus gros que celui d'un petit « pois... Elles ne disparaissent jamais d'elles-« mêmes... Les symptômes subjectifs sont très légers : « tout au plus un léger picotement quand la peau « est chaude et que le malade transpire. »

Ainsi au point de vue clinique, les éléments de diagnostic entre les deux affections sont bien faibles. A part certains cas bien nets où la localisation est absolument différente pour les deux affections, bien souvent les sièges sont identiques et souvent aussi adénomes sébacés et hydradénomes ont les mêmes caractères de symétrie et de bénignité.

Tous les autres signes différentiels en ce qui touche le volume, la coloration, la consistance, sont bien minimes et la coexistence des deux affections, ou du moins les cas intermédiaires et mixtes, rendent le diagnostic presque impossible autrement que par l'examen au microscope.

Si nous observons deux types extrêmes, nous verrons dans le cas d'hydradénome une tumeur constituée par des tractus épithéliaux siégeant exclusivement dans le derme, tractus composés de deux ou plusieurs cellules, anastomosés et ramifiés, pelotonnés et enroulés parfois comme le glomérule d'une

glande sudoripare : ces tractus celluleux forment de véritables cordages. Les glandes sudoripares sont parfois englobées, parfois refoulées par ce processus, mais le plus souvent absolument normales.

Dans le cas d'adénome sébacé typique, comme celui que décrivirent en 1885 Balzer et Ménétrier, la lésion est formée par des amas de tissu épithélial, disposé en lobules, ramifiés ou non en lobules secondaires et rappelant tout à fait l'apparence d'une glande sébacée. Toutes les glandes sébacées ont subi une hypertrophie considérable.

Mais Balzer, Politzer, Audry, Darier et d'autres observateurs ont décrit également des cas mixtes qui par endroits présentaient la structure de l'hydradénome. C'est un de ces cas mixtes qui fait l'objet de la biopsie que nous décrivons et dont nous reproduisons un aspect.

Le diagnostic entre ces deux variétés de malformations cutanées est donc toujours délicat, souvent impossible. Peut-être ne sont-elles pas d'ailleurs absolument étrangères l'une à l'autre. Et reprenant l'hypothèse de Bernard, nous nous demandons, nous aussi, s'il ne serait pas possible de considérer les adénomes sébacés et les hydradénomes éruptifs, en syringo-cystadénomes, comme deux formes ultimes d'une même série.

Tous deux sont des difformités cutanées circonscrites, leur origine à tous deux est congénitale, par ces deux caractères, tous deux sont des nævi. Comme tel, leur pathogénie est obscure : pas plus

la théorie nerveuse de Philippson et Jadassohn que celle des inclusions cellulaires de Conheim, ou celle d'Unna n'est certaine. L'histologie fœtale ne les appuie ni ne les détruit.

Le champ reste ouvert aux hypothèses.

Quoi qu'il en soit, ces deux affections semblent se rattacher au même processus général d'adéno-fibromatose, processus que l'on s'accorde à reconnaître comme un stigmate de dégénérescence.

TRAITEMENT

Les premières observations publiées sont unanimes à reconnaître l'impuissance des agents caustiques chimiques sur les adénomes sébacés symétriques de la face.

Les agents thermiques, thermocautère et galvanocautère, l'électrolyse ont été employés avec succès dans le cas de tumeurs riches en télangiectasies et molles.

Si les tumeurs sont dures et énucléables, la curette est l'instrument de choix. Brougersme propose les courants de haute fréquence.

Tels sont les modes de traitement signalés dans un certain nombre d'observations. Pour nous, étant donnés le caractère bénin de l'affection d'une part, et d'autre part le nombre parfois très considérable des tumeurs, l'abstention nous semble, dans la majotité des cas, préférable à l'intervention.

OBSERVATION VI

(Balzer et Ménétrier).

Rosine E..., domestique, vingt et un ans, entre le 14 mars 1885 à l'hôpital Saint-Louis, nº 3 de la salle Henri IV. Son père

et sa mère sont tous deux vivants et bien portants. Cependant il paraît que sa mère, actuellement âgée de quarante et un ans, a fort depuis longtemps au visage des petites tumeurs semblables à celles que nous observons chez elle et qui sont maintenant en voie de disparition spontanée. C'est du moins le récit que nous fait la malade, récit fort difficile à vérifier...

Elle a perdu trois sœurs en bas âge et a encore un frère vivant et bien portant. Elle-même n'a fait aucune maladie et ne se rappelle même aucune de ces indispositions légères si fréquentes chez les enfants. A onze ans, elle a commencé à être réglée et d'abord assez irrégulièrement.

Ce fut à ce moment, un peu avant la première apparition de ses règles qu'elle a vu pousser de petits boutons sur son front d'abord, puis peu à peu sur tout le reste de sa figure. Ceux-ci sont apparus insensiblement sans douleur ni gêne et ont toujours persisté depuis, augmentant de nombre incessamment, mais sans jamais dépasser un certain volume.

Depuis trois ans elle s'est aperçue en se peignant qu'il apparaissait de nouveaux boutons sur le cuir chevelu ; enfin, dans ces derniers temps, ils ont commencé à se montrer à la nuque. Pendant tout ce temps sa santé a toujours été bonne ; elle est bien réglée et a seulement un peu de leucorrhée depuis trois ou quatre ans.

Au moment de son entrée à l'hôpital nous lui trouvons la face, le cuir chevelu et la nuque parsemés de petites tumeurs en nombre considérable et, quelques détails près, présentant un aspect presque identique dans toutes ces régions.

Ce sont de petites saillies hémisphériques ou légèrement acuminées, pleines, sessiles, de même couleur que la peau voisine et absolument indolentes. Leur volume est très variable : les

plus petites sont à peine grandes comme la tête d'une épingle, les plus grosses comme une lentille, un petit pois au plus ; il est remarquable que, quelle que soit leur ancienneté (et nous avons vu que l'affection date déjà de dix années), elles ne dépassent jamais ces dimensions, une fois qu'elles les ont atteintes.

Au reste, la saillie qu'elles font à la surface de la peau n'est pas toujours en rapport avec leurs dimensions réelles et l'on est frappé, en les enlevant à la curette, d'en trouver qui, à peine apparentes, présentent déjà la grosseur d'un grain de chènevis enchâssé dans le derme. Elles sont presque toutes sessiles, sauf deux ou trois petites qui, situées au bord libre des paupières, tendent à se pédiculiser. Les autres sont ou hémisphériques, ou acuminées (ce sont les plus petites) ou encore aplaties au sommet avec une large base d'implantation, une surface lisse et uniforme ; d'autres sont très superficiellement lobées, mais ordinairement sans orifices apparents. Elles présentent une indépendance complète les unes vis-à-vis des autres ; en aucun point, quelle que soit leur confluence, on ne les voit se confondre pour former une tumeur plus volumineuse, mais elles restent toujours distinctes en se tassant les unes contre les autres.

Leur couleur est celle de la peau voisine ; la plupart paraissent même peu vasculaires, quelques-unes seulement présentent quelques arborisations veineuses. Mais sur un grand nombre et surtout sur celles que l'on rencontre à la face on voit de petits points blancs, arrondis, assez semblables à du milium sébacé et qui sont de tout petits kystes contenus dans ces tumeurs. Pour la plupart, le ou les kystes sont fort petits par rapport à la tumeur où ils se rencontrent, mais d'autres fois la tumeur est presque uniquement formée par un kyste miliaire.

Leur tissu est ferme, résistant au toucher, de consistance assez grande pour qu'on puisse les énucléer facilement avec une curette tranchante. Cependant comme elles pénètrent assez loin dans le derme et même jusqu'à l'hypoderme, il arrive souvent qu'on brise, en l'arrachant, leur prolongement profond.

Néanmoins la petite tumeur paraît nettement séparée des tissus voisins et sa portion profonde présente un aspect lobulé plus ou moins apparent.

Toutes sont absolument indolentes. L'affection marche avec une lenteur extrême. La malade nous a affirmé qu'au moment de ses règles les boutons du visage devenaient plus volumineux, mais nous n'avons jamais constaté ce changement d'ailleurs peu vraisemblable étant donné le peu de vascularité de ces tumeurs.

Disséminées à la face, dans le cuir chevelu et à la nuque, ces tumeurs affectent dans ces régions des sièges de prédilection, tandis que dans d'autres points, au contraire, elles sont extrêmement rares. Au front, on en trouve peu sur la ligne médiane et sur les tempes, mais elles sont très nombreuses au niveau des bosses frontales surtout en se rapprochant du cuir chevelu. Dans cette région elles sont généralement peu saillantes, larges et plates avec de nombreux kystes, ou très petites et acuminées.

Le nez n'en présente pas, mais sa base d'implantation est entourée d'une sorte de couronne de ces tumeurs, surtout confluentes dans le sillon naso-génien, en arrière de l'aile du nez où elles sont saillantes, relativement volumineuses, atteignant jusqu'à la grosseur d'un pois. Là elles sont tassées les unes contre les autres sans se confondre ; entre les plus grosses on en voit

de petites semblables à des villosités. Là elles sont très riches en kystes.

Sur la lèvre supérieure on en voit quelques-unes disséminées, généralement peu volumineuses. On retrouve un nouveau foyer de confluence extrême dans le sillon labio-mentonnier et surtout à ses deux extrémités. Elles se présentent du reste avec les mêmes caractères que dans le sillon naso-génien.

Il y en a encore quelques-unes dispersées au voisinage des commissures labiales et sur les paupières au bord libre desquelles elles forment trois petites saillies blanches légèrement pédiculées. Les autres régions de la face en sont presque entièrement indemnes. Ajoutons que la malade a quelquefois de l'acné, très peu abondante, à la vérité ; des vésicules purulentes se développent même sur les tumeurs ou dans leur voisinage immédiat. Aux oreilles, dans les conduits auditifs externes les tumeurs forment au niveau de la paroi postérieure un groupe confluent. Là seulement elles sont peu distinctes les unes des autres, mais elles n'empiètent jamais assez sur la lumière du conduit pour gêner l'exercice de l'ouïe.

Dans le cuir chevelu il y a plus d'uniformité ; elles y sont semées en grand nombre, sans prédilection pour un point. Celles qui s'y rencontrent présentent beaucoup moins de kystes apparents ; elles ne portent généralement pas de poils où bien ils sont comme écartés par le néoplasme et repoussés à la périphérie vers la base d'implantation. Le cuir chevelu est en outre le siège d'une séborrhée sèche extrêmement abondante, contenant de nombreuses spores de Malassez.

A la nuque il n'y en a encore qu'un petit nombre et peu développées, mais toujours semblables à celles que nous avons décrites à la face.

Rien sur le reste du corps, sauf deux petits molluscum fibreux sur l'épaule et à la partie supérieure de la hanche droite.

L'état général est excellent : notre malade est d'apparence lymphatique, mais vigoureuse et bien portante.

En présence de ces tumeurs, le diagnostic fut d'abord hésitant. On pouvait penser à l'acné varioliforme, ou, comme M. Fournier l'admettait plus justement, à quelque variété insolite de molluscum. Mais un examen un peu plus attentif ne laissait aucune confusion possible. Cette lésion ne se rapprochait d'aucun type décrit nettement et l'examen microscopique devait nous montrer des lésions spéciales.

Pour en finir avec l'histoire clinique de notre malade, ajoutons que seul le traitement jugé convenable par M. Fournier fut l'extirpation successive de chaque tumeur. C'est ce que nous avons fait peu à peu, mais seulement pour les tumeurs de la face qui seules pouvaient constituer une difformité gênante. Au moyen d'une curette tranchante nous avons pu facilement circonscrire chaque tumeur et l'enlever complètement, mais souvent nous avons dû pénétrer dans le derme et même l'hypoderme pour extirper les plus volumineuses.

Les suites de ces opérations ont toujours été fort simples, les petites plaies se cicatrisant rapidement et toutes les fois que l'ablation a été complète, il n'y a eu aucune tendance à la reproduction du néoplasme. Dans le cas contraire il reste seulement sous la cicatrice une petite nodosité formée par la portion non enlevée de la tumeur. Il est à remarquer aussi que

souvent à ce niveau il s'est reproduit de petits kystes sébacés à parois minces et très superficiels. Aussi, avons-nous suspendu les ablations, du moins provisoirement.

Les tumeurs enlevées ont été fixées par l'alcool absolu, les coupes ont été colorées soit au picro-carmin soit à l'éosine hématoxylique de Renaut.

A un faible grossissement, ces tumeurs apparaissent constituées par un revêtement épidermique, par des amas cellulaires disposés en lobules et qui forment la partie principale de la néoplasie, enfin par du tissu conjonctif qui en forme la charpente. De plus, des kystes sont situés au milieu des lobules ou tout au moins en connexion avec eux.

Les lobules sont généralement bien limités et se distinguent nettement du tissu conjonctif voisin. Ils sont en nombre variable pour chaque coupe et présentent des dimensions très inégales les uns par rapport aux autres. Leur forme varie également suivant les points que l'on considère : souvent, ils sont découpés en lobules secondaires qui se réunissent les uns aux autres et présentent une disposition rappelant, avec la plus grande netteté, l'apparence ramifiée d'une glande et tout particulièrement d'une glande sébacée. On voit des culs-de-sac tubuleux ou lobuleux, branchés avec plus ou moins de régularité sur un conduit excréteur qui peut être suivi, dans un grand nombre de coupes, jusqu'à la couche épidermique. Cet aspect, déjà très caractéristique, le devient encore plus dans les points où l'on voit des lobules

néoplasiques se réunir à des culs-de-sac sébacés absolument sains pour se continuer ensuite avec un conduit excréteur unique. Il devient alors évident que les glandes sébacées sont le siège primitif de l'altération, laquelle a pu les transformer en totalité ou seulement en partie. Dans ces points, où sont restés comme témoins quelques fragments encore intacts de glandes sébacées, on peut juger du développement comparativement énorme qu'ont pris, en se transformant, les autres parties des glandes et l'on comprend que la tumeur, développée originairement dans la partie la plus superficielle des téguments, ait pu pousser des prolongements aussi profonds. Tous les lobules ne présentent pas une disposition aussi nette. En beaucoup de points le tissu néoplasique se montra en masses arrondies ou irrégulières, quelquefois en tubes sinueux brusquement interrompus, et cette grande variété d'apparence est encore augmentée par la présence des kystes qui y sont disséminés.

Même à un faible grossissement, ce tissu ne paraît généralement pas uniforme ; le plus souvent il présente un aspect réticulé très remarquable ; il est formé de tubes pleins ramifiés et anastomosés en un réseau compliqué, dont les travées fortement colorées interceptent des espaces clairs, qui sont les mailles de ce réseau. Ces mailles sont plus ou moins larges, les travées plus ou moins épaisses, mais cette disposition se rencontre dans presque tous les lobules et leur donne une apparence toute spéciale, qui,

au premier abord, pourrait faire penser à un épithélioma réticulé, si d'autres caractères importants ne venaient détourner de cette idée. Il y a aussi des lobules où le tissu paraît uniforme, d'autres en partie uniformes, en partie réticulés.

Si dans le plus grand nombre des points l'apparence de la néoplasie semble déceler la transformation des glandes sébacées, il en est d'autres où on peut voir qu'elles ne sont pas seules atteintes. Ainsi on trouve par places des follicules pileux dont les parois sont bourgeonnantes et augmentées d'épaisseur tandis que le poil est, au contraire, détruit ou considérablement atrophié ; ces parois folliculaires altérées se contiennent et se confondent avec les lobules du tissu morbide. A un degré d'altération plus avancée, il est probable que ces mêmes follicules constituent les lobules massifs, relativement volumineux et compacts qui se rencontrent isolés ou en continuité avec les autres lobules précédemment décrits et d'apparence glandulaire. Tout l'appareil pilo-sébacé semble donc transformé simultanément dans toutes les parties constituantes et forme le point principal de la tumeur. Ailleurs, c'est le conduit excréteur d'une glande sudoripare encore bien reconnaissable et qui pourtant présente une évolution semblable. Enfin quelquefois nous avons dû reconnaître un glomérule sudoripare transformé en lobule néoplasique : le fait ne peut être absolument affirmé et il est évident que la part prise à la néoplasie par les glandes sudoripares est tout à fait secondaire.

Quant à l'épiderme, il présente son épaisseur et son aspect normaux ; néanmoins ses connexions avec les lobules néoplasiques sont trop nombreuses pour qu'elles soient dues uniquement aux conduits excréteurs des glandes atteintes et il est probable, qu'il n'est pas resté absolument indifférent dans cette transformation générale de tous les éléments de la peau.

Toutes ces tumeurs renferment des kystes en nombres variables et surtout développés dans les tumeurs de la face ; on peut en trouver vingt-cinq, trente et davantage sur une seule coupe.

La plupart sont très petits et apparaissent sur les préparations colorées au picro-carmin comme des points jaunes au milieu de la masse rouge orangé des lobules. A côté, on en voit de plus gros dont les parois sont peu nettes, se confondant avec le tissu néoplasique voisin et dont le contenu est jaunâtre, feuilleté, formé de matière sébacée. En d'autres termes, ils semblent formés par une transformation partielle des cellules de néoplasme en éléments sébacés, — cette apparence devient plus nette à de forts grossissements. — D'autres kystes sont plus volumineux, ils ont une paroi bien délimitée, renferment le même exiteur sébacé et sont presque toujours en rapport avec les lobules.

Ils y sont inclus ou ils y attiennent latéralement. Quelquefois ils semblent se continuer avec un tube de tissu morbide dont ils seraient la dilatation ;

quelquefois même ils ont un rapport avec des culs-de-sac sébacés en partie sains.

Enfin, engainant les lobules et les kystes, le stroma est formé de tissu conjonctif généralement dense, fibreux, qui isole nettement la néoplasie des parties voisines et lui fait une enveloppe continue, épaisse, résistante, grâce à laquelle on peut facilement énucléer les tumeurs.

Ce tissu est le plus souvent fort pauvre en éléments cellulaires, au moins dans les grosses tumeurs, tandis que dans les petites il renferme un assez grand nombre d'éléments ganglionnaires.

Avec de forts grossissements, on reconnaît que le tissu nouveau est formé de petites cellules franchement épithélioïdes, polyédriques, tassées les unes contre les autres, avec un gros noyau qui se colore fortement par les réactifs, et un protoplasma relativement peu abondant, jaune rosé dans les préparations colorées au picro-carmin. Elles sont assez variables en volume, depuis les plus grosses qui tendent à se confondre avec les cellules de la couche de Malpighi en se continuant insensiblement avec elles, jusqu'aux plus petites d'aspect embryonnaire et situées dans la profondeur. Ce sont elles qui donnent leur couleur foncée aux lobules et qui, par leur groupement, forment le réticule que nous avons signalé.

Elles sont alors disposées en tubes pleins, anastomosés et d'épaisseur variable ; ces tubes forment un fin réseau, dont les mailles apparaissent quel-

quefois vides, mais sont le plus souvent occupées par du tissu conjonctif semblable à celui du stroma. Cet aspect réticulé se rencontre dans le plus grand nombre des points, mais pas dans tous. Ailleurs, les cellules sont tassées en masses irrégulières, ou encore réunies en gros tubes isolés, flexueux, rappelant les tubes sudoripares.

Ces petites cellules sont fort semblables à celles qui, dans les glandes sébacées normales, sont situées immédiatement contre la membrane propre et n'ont pas encore subi l'infiltration graisseuse. Vraisemblablement ce sont ces mêmes cellules, qui par leur prolifération, ont constitué les masses néoplasiques par déviation de leur évolution habituelle.

Du reste, dans les points où les culs-de-sac sébacés encore sains ont persisté, on peut remarquer que cette couche périphérique de petites cellules y est plus épaisse que normalement. Ainsi déviées de leur processus normal, ces cellules prouvent encore, par leur évolution ultérieure, leur communauté d'origine, leur parenté avec les éléments des glandes saines, car on les voit au milieu de lobules de nouvelles formations se transformer en amas de matière sébacée qui constituent les kystes si nombreux dans nos préparations...

En résumé donc, ces tumeurs sont constituées par un tissu épithélial proliféré, distribué en lobules dont beaucoup rappellent la forme des glandes de la région où ils se sont développés. Cette néoplasie est nettement circonscrite par du tissu fibreux, ne présente

en aucun point une tendance envahissante et, bien au contraire, paraît naturellement évoluer en un grand nombre de points, vers une dégénérescence spéciale : la transformation sébacée...

OBSERVATION III (Pelagatti).

Jean M..., né en 1879, mort le 11 août 1903 de tuberculose pulmonaire et intestinale.

Dépourvu d'intelligence ; crises épileptiques.

Dès les premiers mois de son existence, il a présenté à la partie supérieure du nez, à la pointe et sur les ailes, de petites tumeurs variant du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille, de coloration à peu près semblable à la peau normale. Elles devinrent plus nombreuses, apparurent dans le sillon naso-génien et s'étendirent sur les joues en formant comme deux ailes, descendant jusqu'à la hauteur de la commissure labiale à un peu plus de 1 centimètre de celle-ci, et limitées en haut par l'arcade orbitaire inférieure et latéralement par une ligne qui, partant de la région zygomatique se porte au niveau de la commissure labiale. Ces tumeurs sont de forme cylindro-conique, dures et indolentes. On ne constate ni orifice central, ni pertuis, mais seulement quelques points blancs qui dénotent la présence d'un kyste sus-jacent.

Le centre de quelques-unes de ces petites tumeurs est occupé par un petit poil. Dans les différentes régions qu'elles occupent, ces tumeurs sont indépendantes les unes des autres et restent toujours parfaitement distinctes.

Dans le sillon naso-génien et sur les ailes du nez, elles sont

si nombreuses et si rapprochées que leurs surfaces viennent en contact direct sans cependant jamais devenir adhérentes. Ces lésions n'ont jamais provoqué, au moins d'après ce que disent les infirmiers affectés au service du malade, des troubles d'aucune sorte et n'ont subi aucune modification pendant les quinze années de séjour à l'asile.

A l'autopsie, pratiquée par le Dr Ugolotti :

Cerveau. — En beaucoup de points, les circonvolutions sont hypertrophiées avec des tubérosités saillantes, variant des dimensions d'un petit pois à celles d'une petite noix. Ces nodosités ont une coloration jaune clair ; leur surface est lisse, brillante ; à la palpation elles offrent une consistance dure, élastique.

A l'intérieur de la substance cérébrale, on ne trouve aucun nodule dans la cavité des ventricules latéraux ; on trouve au contraire quelques tumeurs dures, ayant environ le volume d'un pois, saillantes et libres à leur surface. Toutes les autres parties du cerveau sont normales.

Cœur. — Au niveau de la cloison médiane, dans l'épaisseur du muscle on constate une nodosité de couleur jaunâtre, ne faisant pas saillie à la surface du cœur.

Reins. — Au-dessous de la capsule, qui se décolle facilement, on observe de nombreux nodules de la dimension d'un grain de mil, de consistance dure, élastique, isolés et nettement circonscrits.

Les autres organes n'offrent rien d'intéressant au point de vue qui nous occupe.

*
* *

Examen histologique. — Tumeurs cutanées. : La tumeur est

entièrement constituée par d'énormes glandes sébacées adossées les unes aux autres et qui ont conservé la disposition lobulaire propre aux glandes sébacées. Elles sont situées dans le derme à un niveau inférieur au niveau normal et s'étendent jusqu'à l'hypoderme. Quelques-unes sont en rapport avec des follicules pilaires atrophiés ; d'autres glandes, et, en général, les plus volumineuses, sont indépendantes et débouchent directement à la surface de la peau par un conduit qui, au-dessous de la couche granuleuse se dilate en ampoule formant une cavité pleine de sebum et d'épithélium cornéifié. Les glandes sébacées et les lobules sont très rapprochés les uns des autres, séparés par un petit nombre de faisceaux conjonctifs très riches en fibres élastiques.

Tout autour de la masse glandulaire, le tissu conjonctif est, au contraire, dense et épaissi, riche en éléments cellulaires, et formant à la tumeur une sorte de capsule. Les glandes sudoripares, comprises entre les lobules des glandes sébacées, sont atrophiées.

Les papilles dermiques sont hypertrophiées et leurs vaisseaux dilatés ; *on n'y trouve pas trace d'inflammation ni d'infiltration cellulaire.* Les éléments épithéliaux qui forment les énormes glandes sébacées ne présentent aucune altération pathologique ; leur fonction physiologique est conservée comme le démontre la présence de sebum dans les cellules elles-mêmes.

On trouve un plus grand nombre qu'à l'état normal de cellules sébacées dont le protoplasma n'a pas subi la transformation physiologique en graisse ; ces cellules sont disposées en rangées nombreuses parallèlement à la membrane propre qui entoure le lobule.

Il n'est pas rare de rencontrer quelques lobules réduits à

une cavité kystique pleine de cellules ayant subi l'évolution cornée au lieu de subir l'évolution sébacée, cavité qui est cependant en communication directe avec le reste de la glande.

Nodosité de l'écorce cérébrale. — Cette nodosité est formée d'une énorme surproduction de fibrilles de névroglie plus minces et plus tortueuses qu'à l'état normal. Ces cellules névrogliques qui ne sont ni anastomosées, ni ramifiées, forment en s'entrecroisant des réseaux inextricables ; elles inondent les couches corticales et sous-corticales et en désorganisent la stratification normale. De ces couches, ce sont la couche moléculaire, la couche à petites cellules pyramidales et la partie supérieure des grandes cellules pyramidales dont la stratification présente le plus grand désordre.

Les cellules nerveuses qui les constituent semblent notablement diminuées de nombre, tout en conservant leur aspect normal; l'hypertrophie de ces couches résulte, au contraire, de la surabondance anormale des fibrilles de névroglie.

Petits nodules des ventricules latéraux. — Ces nodules sont constitués presque complètement par une intrication de cellules de névroglie, la plupart réunies en faisceaux et en cordons.

Au milieu de ces fibrilles, on observe en outre, des noyaux avec un protoplasma nul ou très peu abondant et des cellules gigantesques qui n'ont avec la névroglie d'autre rapport qu'un rapport de contiguité.

Petites tumeurs rénales. — Elles sont constituées presque exclusivement par les faisceaux de fibro-cellules musculaires lisses affectant toutes les directions ; ces faisceaux sont séparés par une substance homogène hyaline produite, selon toute probabilité, par la dégénérescence hyaline de quelques fibro-cellules. Les vaisseaux, qui sont peu nombreux dans ces petites

tumeurs, présentent eux aussi dans leurs parois des signes non douteux de dégénérescence hyaline.

Plaque du myocarde. — Au tissu musculaire normal s'est substitué un tissu conjonctivo-fibreux pourvu en cellules et riche en vaisseaux. Au milieu des faisceaux de tissu conjonctif se trouvent disséminées de grosses cellules fusiformes ou irrégulièrement polyédriques, munies de nombreux prolongements qu'on peut suivre sur une grande longueur ; le noyau de ces cellules est ovale, riche en chromatine ; leur protoplasma est granuleux et présente des vacuoles plus ou moins grandes. Outre ces cellules, on en voit de très grandes de forme ronde ou ovale complètement dépourvues de prolongements, à noyau central plutôt petit et protoplasma granuleux, riche en vacuoles.

*
* *

Ce cas d'adénome sébacé présente un intérêt spécial en raison des altérations du cerveau, des reins et du cœur, rencontrées à l'autopsie ; et cela, non seulement parce que les caractères macroscopiques et microscopiques permettent de voir entre les lésions viscérales et les lésions cutanées un rapport pathogénique, mais en particulier parce que les altérations de l'encéphale considérées en elles-mêmes, constituent une forme morbide étiologiquement distincte, qui, malgré sa rareté, a été étudiée sous différents rapports et décrite avec soin, spécialement par Bonome, Pellizi, Sailor, Pollak, et d'autres distingués neuropathologistes.

La lésion de l'encéphale qui se manifeste cliniquement par une idiotie plus ou moins marquée, à laquelle

je fais allusion, est la *sclérose tubéreuse*, lésion ordinairement associée à des lésions d'autres organes tels que le rein, le cœur et la rate, le système circulatoire, les organes génito-urinaires, fréquemment aussi à une mauvaise conformation de certaines parties de la peau.

Il est donc permis de penser que les petites tumeurs sébacées qui défiguraient le centre de la face de notre malade ne représentent qu'une de ces déformations de la peau qui accompagnent la *sclérose cérébrale tubéreuse*.

Il resterait cependant à établir si l'adénome sébacé est une conséquence secondaire de la sclérose cérébrale tubéreuse, ou si l'une et l'autre dépendent d'un trouble général agissant simultanément sur le cerveau et sur la peau...

La simple observation d'un seul cas ne me permet pas de juger si l'altération tératologique qui y a été rencontrée s'observe aussi dans d'autres cas d'adénomes sébacés de Balzer, et l'importance des lésions observées ne me pousse pas à soutenir que la présence de l'adénome sébacé autorise à diagnostiquer une sclérose cérébrale tubéreuse. Je veux seulement mettre en relief ces faits, que la grande majorité des cas d'adénomes sébacés de Balzer se rencontre chez des idiots et des incapables et que la sclérose cérébrale tubéreuse est un grand facteur d'idiotie. Je me contente de faire remarquer l'importance de la présente observation et de cet examen nécéoscopique, parce qu'il permet d'affirmer avec certitude que

l'adénome sébacé de Balzer n'est pas un adénome, mais bien une malformation cutanée congénitale, c'est-à-dire, un nœvus sébacé, et qu'il peut être associé à d'autres lésions d'origine embryonnaire localisées aux organes internes.

OBSERVATION VIII (Pringle).

Gertrude T..., vingt-cinq ans, mariée, me consulte le 1er novembre 1888 pour une indigestion et une affection disgracieuse sur la peau du visage.

Elle me raconte son histoire ainsi qu'il suit : Ses parents sont vivants et bien portants. Elle n'a jamais été malade depuis son jeune âge où elle eut seulement les maux ordinaires aux enfants : rougeole et coqueluche. Elle se maria à l'âge de vingt ans, mais n'a jamais été enceinte, fait dont elle ne peut donner aucune explication ; sa maison est heureuse et ses relations conjugales satisfaisantes. Ses périodes menstruelles sont toujours régulières mais douloureuses et s'accompagnent d'un flux de faible quantité. Ses cinq frères et sœurs, tous morts dans l'enfance, n'avaient aucune maladie cutanée comme la sienne ou différente autant qu'il lui soit possible de l'affirmer...

En ce qui concerne l'affection cutanée, il fut difficile d'avoir des détails. Les renseignements donnés par la malade et par sa mère qui l'accompagnait (toutes deux n'étaient pas d'une intelligence très brillante) variaient souvent. Cependant, il semble certain que dès la plus tendre enfance, on remarquait quelque chose d'anormal sur la peau du corps et surtout de la face. Il n'est pas certain que ces anomalies fussent les mêmes

sur la face et sur le reste du cops, d'autant que la malade se souvient que vers l'âge de douze ans la face devenait plus malade alors que le reste guérissait.

Depuis l'âge de seize ans, la maladie va en diminuant graduellement.

Elle n'accuse ni comédons, ni acné et n'a jamais eu de pellicules.

L'intelligence du sujet semble au-dessous de la moyenne ; ses réponses sont hésitantes et peu cohérentes.

Description de la maladie. — Les lésions sont réparties avec une symétrie rigoureuse sur les deux paupières, sur la base, la crête, le bout, les deux faces et les angles du nez, les replis naso-labiaux, les joues en dehors d'une ligne verticale prenant à un pouce en dehors de l'angle externe de l'orbite, la face inférieure de la lèvre inférieure, les replis génio-labiaux et le menton. La lèvre supérieure, à l'exception du sillon médian, les commissures des lèvres ne présentent absolument rien. Il y a quelques lésions indéterminées, sans doute des restes d'une affection antérieure, aux régions supra et intersourciliaires. Les muqueuses conjonctivale, nasale et buccale sont intactes. L'éruption, qui d'après le malade est légèrement douloureuse dans les temps froids, consiste en papules solides, en petites tumeurs indolentes blanchâtres ou jaunâtres, semblables à des graines de sagou, enchâssées dans la peau à diverses profondeurs, ou saillantes, et variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois.

Les plus petites lésions se trouvent au-dessous du niveau de la bouche ; elles sont plus pâles, plus acuminées et plus brillantes que celles qui sont situées au-dessus. Les plus grandes lésions se trouvent aux angles du nez et dans les sillons naso-

labiaux et aux parties voisines des joues : les unes sont aplaties, les autres rondes avec une large base. Peu, surtout autour du nez, sont acuminées, foncées et quelque peu pédiculées. Bien que groupées ensemble, ces lésions ont toutes une limite distincte et nulle part ne se rassemblent en amas. Il n'y a aucune lésion épidermique ni aucune apparence du canal excréteur à leur surface, mais quand on les ponctionne avec une aiguille, on peut facilement en exprimer une matière reconnaissable au microscope pour du sebum épaissi.

Intimement mélangées à ces lésions et dépassant leurs limites dans chaque direction, surtout sur les joues, vers les oreilles, il y a d'innombrables dilatations capillaires et télangiectasies étoilées. Une petite traînée capillaire forme une limite circulaire à quelques-unes des tumeurs les plus larges, en même temps que des vaisseaux dilatés courent sur plusieurs d'elles, leur donnant, par leurs connexions intimes, une coloration uniforme, diffuse, d'un rose brillant, comparable à la coloration de la gelée de groseilles.

De ces télangiectasies plusieurs sont saillantes ; quelques-unes sont complètement réductibles à la pression, les autres partiellement, les autres pas du tout.

Il y a une certaine hyperhémie du front, des joues, du nez et du menton, hyperhémie, qui, paraît-il, varie suivant les états gastro-intestinaux du sujet. A la région inter-scapulaire : nævi nombreux, mais pas de comédons. Sous l'oreille gauche verrue plate, jaunâtre...

Aux aisselles, un certain degré de kératose pilaire.

Rien d'anormal dans le système nerveux, non plus que dans l'urine.

Etude microscopique. — Le long de la section, les couches

superficielles sont un peu minces, mais normales ; elles ne sont nulle part détachées du tissu qui, plus profondément cependant, montre un développement excessif et irrégulier quoique, comme nous le verrons plus loin, il ne prenne qu'une part passive au processus.

A l'extrémité de la section est une immense papille hypertrophiée, limitée à gauche par une cavité profonde, qui sous un fort grossissement est reconnaissable pour un follicule pileux vide, avec ses organes sébacés s'ouvrant à la base et des parties de bulbe encore fixées.

La modification pathologique principale se trouve dans le chorion : sa couche papillaire supérieure est considérablement hypertrophiée, *mais il n'y a pas d'apparence d'inflammation ni d'infiltration cellulaire.* L'aspect variqueux et irrégulier de la peau est dû en partie à cette transformation et les tumeurs pédiculées dont il a été question plus haut sont entièrement faites de ce tissu conjonctif hypertrophié.

Les lésions essentielles sont dans les couches profondes ; elles consistent dans un énorme accroissement en nombre et complexité des glandes sébacées. Plusieurs de ces glandes sont en communication avec les follicules pileux par des canaux dont plusieurs sont imparfaits, tandis que d'autres masses sébacées sont situées très en-dessous du niveau normal des bases des follicules pileux, au-dessus et même au milieu des fibres musculaires striées. Le nombre et la position de ces masses font croire à l'impossibilité de leur rapport avec les éléments pileux. La preuve de l'activité de ces glandes se trouve dans ce fait que le sebum peut être trouvé dans plusieurs d'entre elles, ce qui confirme l'observation clinique.

L'épithélium glandulaire est partout bien formé ; les acnés ne présentent aucune trace de processus régressif.

Les anomalies vasculaires certaines ne peuvent malheureusement pas être démontrées, vu la faible partie excisée qui fut prélevée dans une région surtout sébacée. Aucune altération pathologique n'est décelée dans les rares glandes sudoripares de la région.

P. THEVENOT

CONCLUSIONS

I. — Les adénomes sébacés symétriques de la face doivent être considérés comme une variété de nævi et semblent l'expression du processus d'adéno-fibromatose.

II. — La localisation de cette affection est spéciale et caractéristique : elle siège exclusivement à la face ou, très rarement, au cuir chevelu. Elle s'observe dans les sillons naso-géniens, sur les ailes du nez, aux régions sous-oculaires, péri-buccale et mentonnière.

III. — Elle est rigoureusement symétrique.

IV. — Les adénomes sébacés symétriques de la face se développent sous une influence inconnue ordinairement au moment de la puberté ; ils ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire, ni d'aucun symptôme douloureux.

V. — Histologiquement, ils n'ont pas tous le même aspect. Les uns sont uniquement constitués par l'hypertrophie des glandes sébacées avec transformation fibreuse du tissu conjonctif limitrophe : ce sont les vrais adénomes sébacés de Balzer. D'autres dénotent une altération prédominante du réseau vasculaire : ce sont les adénomes du type Pringle.

D'autres, enfin, témoignant d'une altération générale de tout le système pilo-sébacé, sont des stades intermédiaires entre les adénomes sébacés purs et leurs voisins dans la classification des affections næviques : les hydradénomes éruptifs ou syringo-cystadénomes.

VI. — Les adénomes sébacés symétriques de la face ont toujours une évolution bénigne.

VII. — Ils constituent donc une affection disgracieuse mais peu gênante, aucunement dangereuse, à laquelle tout traitement par la curette, le thermocautère, le galvanocautère, l'électrolyse, nous semble disproportionné, d'autant que ces traitements peuvent laisser des cicatrices aussi déplaisantes que l'affection elle-même.

Vu : le Président de la thèse,
JOFFROY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audry. — De l'adénome circonscrit. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903.

Audry et Nové-Josserand. — Epithélioma et hydradénome. Lyon médical, 1892.

Balzer et Ménétrier. — Adénomes sébacés de la face. Archives de physiologie, 1885.

Balzer et Grandhomme. — Adénomes sébacés. Arch. phys., 1886.

Barlow. — Ueber adenomata sebacea. Deutsch. Arch., 1895.

Bernard. — Du syringo-cystadénome. Thèse de Paris, 1897.

Besnier, Brocq, Jacquet. — Pratique dermatologique, passim.

Bodin. — Cours de l'Ecole de médecine de Rennes, 1905.

Brooke. — Epithelioma adenoïdes cysticum. British journal of Dermatology, 1892.

Caspary. — Ueber adenoma sebaceum. Arch. f. Derm. und. S., 1891.

Chambard. — Annales de dermat. et syphil., 1886.

Crocker. — Diseases of the Skin.

Darrier. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1887.

Fordyce. — Multiple benign cystic epithelioma of the skin. Journal of cutaneous and venereal diseases, 1892.

Gaucher. — Traité des maladies de la peau, passim.

Gaucher et Lacapère. — Adénome sébacé à la région temporale. Annales de derm. et syph., 1901.

Hallopeau. — Sur un cas d'adénome des paupières. Ann. de derm. et syph., 1890.

Hallopeau et Leredde. — Traité pratique de dermatologie, passim.

Hoggan. — On multiple lymphatic nævi of the skin. Journal of anatomy and physiology, vol. XVIII.

Hyde. — Adénoma. Diseases of the skin, passim.

Jacquet. — Hydradénome éruptif. Annales de dermat., 1889.

— Epithéliome kystique bénin de la peau. Congrès international de dermatologie, 1889.

Jacquet et Darier. — Annales de dermatologie, 1887-1889, passim.

Jameson. — Adenoma sebaceum. Diseases of the skin, p. 433.

Kaposi et Besnier. — Leçons sur les maladies de la peau, p. 65.

Mac Call Anderson. — Adenoma sebaceum. A treatise on diseases of the skin.

Malcolm Morris. — Diseases of the skin, p. 546.

Mendès da Costa. — Vereeniging van Nederlansche dermat., 1900.

Pelagatti. — Sull'adenoma sebaceo di Balzer. Giornale italiano delle malettie veneerei e della pelle, 1903.

Perry. — Adénomes des glandes sudoripares. Atlas des maladies rares de la peau, vol. III.

Pezzoli. — Adenoma sebaceum. Arch. f. derm. u. syph., 1900.

Pick. — Arch. f. derm. und. syph., 1901.

Politzer. — Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1893.

Pringle. — Adenoma sebaceum. British Journal of dermat., 1890.

Quinquaud. — Cellulome épithélial éruptif. Congrès internat. de dermat., 1889.

Rosenthal. — Société Berlinoise de dermatologie, 1894.

Torok. — Monatsh. f. prakt. derm., 1889-1890.

Imp. de la Faculté de Médecine, Henri JOUVE, 15, rue Racine, Paris.